

**FORMULARIO DE DECISIÓN Y APELACIÓN-EXENCIÓN DEL PAGO DE CUOTAS**

Al padre o tutor legal de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Su solicitud para la exención del pago de cuotas fue aprobada.

Su solicitud para la exención del pago de cuotas fue negada por la siguiente razón:

\_\_\_\_\_ Su hijo(a) no reúne los requisitos bajo ninguna de las categorías elegibles (tal como almuerzo escolar gratis).

\_\_\_\_\_ Los bienes de su familia exceden los límites indicados en la Evaluación estatal de bienes.

\_\_\_\_\_ No tenemos suficiente información para decidir si su hijo(a) reúne los requisitos para la exención.

Sírvase enviarnos la siguiente información, o llamar a (nombre) \_\_\_\_\_ al (número) \_\_\_\_\_ lo más pronto posible a fin de finalizar el trámite de su solicitud.

\_\_\_\_\_ Explicación u otras razones por las cuales se rechazó la solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_  
(Firma del empleado de la escuela)

Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**DERECHOS DE APELACIÓN DE LOS PADRES**

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, TIENE EL DERECHO DE APELAR.** Para apelar, envíe una carta (o el "Aviso de apelación" al pie de esta página) al director de la escuela y explique por qué no está de acuerdo con esta decisión. Incluya su nombre, el nombre de su hijo(a) y la fecha. **DEBE ENVIAR SU APELACIÓN POR CORREO O ENTREGARLA PERSONALMENTE DENTRO DE DIEZ DÍAS DESPUÉS DE RECIBIR ESTE AVISO.** *Guarde una copia de la apelación para sus registros.* Un representante de la escuela se pondrá en contacto con usted dentro de dos semanas después de recibir su apelación y le dará una cita para que se reúnan para hablar de sus inquietudes. Además recibirá una copia de la "Norma de apelación de cuotas escolares" con una explicación detallada de las normas y los procesos de apelación. **SE SUSPENDERÁN TODOS LOS REQUISITOS DE PAGO DE CUOTAS HASTA QUE SE TOMA UNA DECISIÓN FINAL ACERCA DE SU APELACIÓN.**

**DERECHOS DE APELACIÓN DE LOS PADRES**

**¡Por favor asegúrese de leer el Aviso de cuotas escolares y el respaldo de este formulario antes de decidir si quiere apelar la decisión de servicio comunitario!**

=====

**AVISO DE APELACIÓN**

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_, deseo apelar la decisión acerca de mi solicitud para la exención del pago de cuotas y por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**El nombre de mi hijo(a) es** \_\_\_\_\_

Sírvase fijar una cita para efectuar una reunión para hablar sobre esta apelación. Entiendo que todas las cuotas serán suspendidas hasta que se tome una decisión final, y que mi hijo(a) podrá participar plenamente de las actividades escolares durante este tiempo tal como si hubiéramos pagado la cuota.

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona que presenta esta apelación)

Fecha: \_\_\_\_\_